

Burnout y carga familiar en enfermeras de Urgencias de la Comunidad de Madrid.

Proyecto de Investigación

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014-2015

Patricia Campillo Manzano

Mario Quiles Calatayud

Tutorizado por: Azucena Pedraz Marcos

ÍNDICE

• Resumen/Abstract	3
• Introducción	
• Evolución histórica del síndrome de Burnout	4 a 6
• Etapas del Burnout.....	7
• Escalas de medida del Burnout	7 a 9
• Burnout vs términos semejantes	10
• Consecuencias del Burnout	
○ En profesionales.....	11
○ En pacientes.....	11 a 13
• Principales fuentes de conocimiento acerca del Burnout	13 a 14
• Prevalencia del Burnout	14 a 16
• Burnout y género.....	17
• Carga familiar	17 a 19
• Justificación.....	19 a 20
• Hipótesis.....	20
• Objetivos.....	20
• Material y métodos	
• Tipología del estudio	21
• Ámbito de estudio, población y muestra	21 a 23
• Variables	23
• Métodos de recogida de datos	24
• Tratamiento de los datos	24 a 25
• Diagrama de flujo.....	26
• Aspectos éticos	27
• Dificultades y limitaciones del proyecto de investigación	27
• Conclusiones y aplicabilidad	27 a 28
• Agradecimientos	28 a 29
• Bibliografía	30 a 34
• Anexos	35 a 44

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Burnout, o “síndrome del Quemado”, conlleva un empeoramiento de la práctica asistencial por parte del personal sanitario, suponiendo un deterioro del cuidado del paciente. Una elevada prevalencia de Burnout se relaciona con consecuencias negativas como aumento de la mortalidad o disminución de la calidad de la asistencia. (3)

Objetivo: El objetivo de este estudio es explorar la relación entre la carga familiar y la aparición de Burnout en enfermeras de urgencias hospitalares de diferente tamaño de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, utilizando el Maslach Burnout Inventory al que se han añadido preguntas de elaboración propia, para recoger los perfiles de la muestra. La población de estudio son las enfermeras de los servicios de Urgencias de los hospitales de Móstoles, Santa Cristina, Puerta de Hierro y La Paz. En el análisis de los datos, se explorarán las relaciones entre el Burnout y la carga familiar.

Palabras clave: Burnout; Carga familiar; Enfermería; Maslach Burnout Inventory.

ABSTRACT

Background: The Burnout syndrome carries a worsening of assistencial practice by sanitary staff, involving a deterioration in patient care. A high prevalence of Burnout is linked with negative consequences like an increasing of mortality or decreasing in quality of care.

Objective: The objective of this study is explore the relation between familiar burden and Burnout in different size hospitals nurse's of Madrid.

Methods: Descriptive and transversal study, using Maslach Burnout Inventory with own- made questions for pick sample profiles. The study population is emergency department nurse's in Móstoles, Santa Cristina, Puerta de Hierro and La Paz hospitals. In analysis data, are going to explore the relations between Burnout and family burden.

Key words: Burnout; Family burden; Nursing; Maslach Burnout Inventory.

INTRODUCCIÓN

Evolución histórica del síndrome de Burnout

En la actualidad, el Síndrome de Burnout es un trastorno muy frecuente que suele aparecer en profesionales de la salud y trabajadores del sector servicios. Este término ha ido adquiriendo gran importancia, hasta el punto de ser reconocido en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo laboral. Esta respuesta al estrés crónico está integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, en detrimento en el bienestar físico y emocional de profesional. (1)

Recopilando información sobre el estrés, nos encontramos con abundantes documentos acerca de su definición: dónde tiene su origen y cuáles son sus efectos a niveles fisiológicos, psicológicos o psicosociales. Al tratarse este término de un concepto fundamental en éste proyecto, consideramos interesante ver la evolución del mismo, para lo cual nos remontaremos a principios del siglo XX.

El fortuito descubridor fue el eminente científico Walter Cannon, quien, durante un experimento con ratas en 1911, se encontró con una variable hasta entonces desconocida a la que bautizó como "*stress*". Cannon definió estrés como "todo estímulo nociceptivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de iniciar procesos autorreguladores." (2)

Posteriormente el término fue recogido por Hans Selye en 1936 para hacer referencia a aquella "respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos".(2)

El anglicismo "Burnout" se empezó a utilizar a partir de 1977 tras la exposición de Maslach en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos. Allí, se definió este concepto como "el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores"(2). Este síndrome por lo tanto, sería la respuesta fisiológica extrema al estrés crónico.

En 1981, Maslach, autor esencial en el campo de investigación del Burnout tanto en la práctica como en la teoría, conceptualizó el término junto con Jackson como "una

respuesta inadecuada a un estrés crónico, que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo"(2). Esta respuesta se da en aquellos individuos que mantienen contacto constante y directo con las personas, como es el caso de los profesionales de sanidad.

Esta sensación de cansancio emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, influye negativamente tanto a nivel personal, con sentimientos de insuficiencia personal y baja autoestima; como a nivel interpersonal y profesional, con interacciones negativas entre lugar de trabajo, equipo, pacientes, alumnos, usuarios y/o clientes. (3)

Sin embargo, la definición dada por Maslach aún sigue siendo polémica hoy en día, ya que diversos autores pretenden completarla aún más. Uno de ellos fue Burke, quién en 1987, aumentándola definición explicando el Burnout como "un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento". (2)

Desde los años ochenta, los estudios acerca del síndrome de Burnout han ido proliferando, pero no es hasta finales de la década de los noventa, cuando se establecen los acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención. (3)

En 1997, Hombrados define conductualmente el Burnout como "un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas antes una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo"(3). Este autor considera esenciales los cambios emocionales y cognitivos, achacando todos aquellos cambios negativos en la práctica clínica como una situación de presión mantenida. (3)

Por otra parte, Farber en el año 2000 describe este síndrome como "un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados en el menor tiempo y con los mínimos recursos posibles" (3). A partir de esta definición, Farber establece cuatro variables necesarias para explicar el origen y el desarrollo del Burnout:"1) La presión de

satisfacer las demandas de otros, 2) Intensa competitividad, 3) Deseo de obtener más dinero y 4) Sensación de ser desprovisto de algo que se merece". (3)

Por último, en la revisión del 2009 llevada a cabo por Schaufeli, Leiter y Maslach llamada "*Burnout: 35 years of reseach and practice*", establecen que la definición del término Burnout varía en función del contexto, la precisión, el alcance y las intenciones del usuario. Todas estas definiciones se interrelacionan en cinco aspectos: (4) (5)

1. Predominio de síntomas disfóricos, implicando aspectos negativos (ej.: agotamiento emocional)
2. Predominio de síntomas mentales y conductuales.
3. Fenómeno laboral.
4. Observación de sus síntomas en individuos sin patología previa.
5. Disminución de la efectividad debido a conductas negativas y actitudes que influyen directamente en la productividad. (4) (5)

Debido a esta última definición, en el síndrome de Burnout se considera esencial una detección precoz y una evaluación constante del mismo, por lo que, las escalas de medición del BO han ido proliferando. Entre la cuantiosa cifra de escalas existentes, hay una que destaca sobre las demás, el Maslach Burnout Inventory (MBI). Ésta es la escala más utilizada, empleándose en casi el 90% de la investigación sobre el tema. (5)

Por otro lado, en España, el estrés laboral y el Burnout han ido adquiriendo relevancia a lo largo de los años. La difusión del término en nuestro país vino de manos de académicos como Moreno, quien publicó en el año 2000 "*Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral*" en el que situaba el origen del BO, no sólo en los factores físicos, sino también en los factores psicosociales y organizacionales, debido al aumento de la importancia de la estructura de trabajo. (6)

En la expansión de este término en nuestro país, cabe destacar también el importante papel de los profesionales y sindicatos de prevención de riesgos laborales FOREMCCOO y SATSE, que colaboraron en su reconocimiento como riesgo laboral. (7)

Etapas del Burnout

Edelwich, Brodsky y Cherniss establecieron en 1980 una serie de etapas por las que pasa el trabajador hasta desarrollar el "síndrome de Burnout" propiamente dicho: (8)

Edelwich y Brodsky	Cherniss (según él, el burnout es un resultado del estrés laboral por una acomodación trabajador estresado-trabajo estresante)
1ª Etapa: <u>Entusiasmo</u> . En esta etapa el profesional derrocha energía y buen humor, tiene numerosas aspiraciones y los posibles conflictos los considera pasajeros, experimentando su trabajo como algo estimulante.	<u>Fase de estrés</u> : Desajuste entre demandas laborales y recursos del trabajador.
2ª Etapa: <u>Estancamiento</u> . El trabajador comienza a ver que sus expectativas y objetivos no se consiguen, a pesar de su esfuerzo.	<u>Fase de agotamiento</u> : Respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga crónicas.
3ª Etapa: <u>Frustración</u> . El profesional se desilusiona y se desmotiva laboralmente hablando. Los problemas físicos, emocionales y conductuales van apareciendo.	<u>Fase de agotamiento defensivo</u> : Cambios conductuales y actitudinales.
4ª Etapa: <u>Apatía</u> . Resignación del profesional	
5ª Etapa: <u>Burnout</u> . Imposibilidad física y psíquica de poder seguir con el trabajo. Surge el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.	

Tabla 1: Etapas del Burnout. Elaboración propia a partir de (8)

Escalas de medida del Burnout

En 1986, Maslach y Jackson crearon el "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (9). Ambos, consideraban el Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. El cuestionario consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo, sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas, con respuestas tipo Likert que oscilan entre 0 (Nunca) y 6 (Todos los días). Las posibles

puntuaciones pueden oscilar entre 51 - 75 (Burnout alto), 26-50(Burnout medio) y <25 (Burnout bajo). El objetivo principal de su creación fue medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando las distintas dimensiones, mediante el uso de las tres subescalas. Esta escala ha sido revisada en tres ocasiones y es la más utilizada internacionalmente en estudios que buscan medir el Burnout. (3)

En la revisión realizada por Maslach, Jackson y Leiter en 1996, se incluyeron las “profesiones no asistenciales” y el término "despersonalización" fue sustituido por "cinismo”(9). Además de estos nuevos cambios, postularon hacia un ámbito más amplio, fuera de los servicios humanos, marcando de esta manera un avance en la investigación del síndrome. Como resultado de esta nueva versión, su nombre se vio modificado por "MBI-General Survey (MBI-GS)", gracias a la colaboración de Schaufeli en 1996. Este instrumento fue traducido al castellano por Nicolás Seisdedos Cubero, en 1987 (MBI-GS) y fue publicada y validada a través de un estudio por Gil-Monte, en 2002. (3) *Ver anexo I.*

El MBI-GS es utilizado en todo tipo de profesiones, pudiendo verse algunos de sus términos modificados en función del ámbito de aplicación. Este nuevo cuestionario consta de 16 ítems acerca de las relaciones interlaborales y los sentimientos resultantes. (3)

Posteriormente, Maslach se asoció a Schaufeli continuaron con la tendencia de aplicar el Burnout sólo a profesiones asistenciales. Intentaron ampliar el término destacando algunas características predominantes en el síndrome, como son los síntomas mentales o conductuales y las manifestaciones en personas sin psicopatología anterior (siendo un resultado, por lo tanto, de una adaptación inadecuada al trabajo) (3)

El segundo instrumento más utilizado para la evaluación del Burnout es el Burnout Measure (BM), el cual parte del Tedium Measure (TM) creado por Pines, Aronson y Kafry en 1981 para medir el *tedium* (constructo más amplio que el Burnout por su aplicación a otros síndromes). En 1988, Pines y Aronson llevaron a cabo una revisión conceptual evaluando el *tedium* mediante 21 ítems divididos en tres subescalas con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de “Nunca” a “Siempre”, que expresan estados de agotamiento físico, emocional y mental. A diferencia del MBI, éste mide solo dimensiones relacionadas con el cansancio emocional. (3)

Otro autor que ha escrito abundantes publicaciones sobre el Burnout es el profesor Arie Shirom. Tras una revisión bibliográfica de diversos estudios, concluye que el Burnout se relaciona con un deterioro de las fuentes de energía del individuo y lo define como "una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo". (10)

Shirom, junto con Melamed, elaboró una escala en 1989 para medir el Burnout en el ámbito clínico. La escala "Shirom-Melamed Burnout and Vigor Measures" ha sido validada en 8 idiomas y consta de 14 ítems con los que se valora la presencia o no de síntomas asociados al Burnout en los 30 días previos a realizar la encuesta. (11)

Posteriormente en 2012, Åsa Lundgren-Nilsson publicó una validación del cuestionario y creó una versión revisada de 18 ítems del "Shirom-Melamed Burnout Questionnaire". Esta versión serviría como herramienta de medida para aplicar en el ámbito clínico en personas que se incorporaban al trabajo y habían estado durante un tiempo apartados del ámbito laboral.(11)

	<i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	<i>Burnout Measure (BM)</i>	<i>Shirom-Melamed Burnout and Vigor Measures</i>
Dimensiones	Cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.	Agotamiento físico, emocional y mental	Fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.
Ítems valorables	22 ítems que recogen respuestas del sujeto sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas en el trabajo. (MBI-GS → 16 ítems)	21 ítems divididos en tres subescalas (tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre)	14 ítems con los que se puntúa las veces que se han tenido sentimientos de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo en los últimos 30 días. (Revisión 2012 → 18 ítems)
Última revisión	En 1996	/	En 2012

Tabla 2: Comparación entre diferentes escalas de medida del Burnout. Elaboración propia, a partir de (3)(10) (11)

Burnout vs términos semejantes

La conceptualización del Burnout aun es un ideal sin resolver, tratándose de un concepto aun impreciso y ambiguo que se esconde tras el término estrés. Ramos, Gil-Monte y Peiró lo detallaron a finales de los noventa como un término que ha de diferenciarse de otros conceptos mediante su característica multidimensional, que interactúa de manera secuencial con variables de tipo cognitivas, actitudinales y emocionales en el contexto laboral. (3)

BURNOUT	VS	ESTRÉS GENERAL
<ul style="list-style-type: none"> - Efectos negativos. - Ámbito laboral. 		<ul style="list-style-type: none"> - Efectos positivos y negativos. - En todos los ámbitos sociales.
BURNOUT		FATIGA FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> - Pines y Aronson: <ul style="list-style-type: none"> o Largo proceso de recuperación. o Sentimientos de fracaso. 		<ul style="list-style-type: none"> - Pines y Aronson: <ul style="list-style-type: none"> o Recuperación rápida. o Sentimientos de realización personal y en ocasiones, de éxito.
BURNOUT		DEPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Manassero, Warr y Meier, entre otros: Sentimientos de cólera y rabia. - Hobfoll y Shirom: Posible causa de depresión. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de culpa. - Hobfoll y Shirom: Consecuencia negativa del Burnout.
BURNOUT		TEDIO O ABURRIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Hill, Broufenbrenner y Millar: Característico de la población joven que se incorpora a nuevo puesto de trabajo. 		<ul style="list-style-type: none"> - Pines, Krafy, Maslach y Jackson: Resultado de presión o falta de motivación en el ámbito laboral. - Farber y Pines: Específico de trabajos sin características humanitarias. - Hallbergen: A mayor agotamiento emocional, menor tedio.

Tabla 3: Diferencias entre Burnout vs términos semejantes. Elaboración propia a partir de (3)

Consecuencias del Burnout

1) En profesionales

El Burnout afecta tanto emocionalmente, como cognitivamente, conductualmente y socialmente. Las consecuencias emocionales se sobreponen a las cognitivas, explicando de esta manera, que la mayoría de los estudios se basen en la definición de Maslach en la que la depresión, los sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto y agresividad son predominantes en la escala Maslach Burnout Inventory (MBI). La frustración y depresión desde el punto de vista cognitivo, son síntomas menos estudiados pero esenciales para definir adecuadamente el síndrome. El llamado cinismo, también de índole cognitiva, se definiría por Maslach y Leiter en 1996 como una respuesta a "la autocrítica radical, desvalorización personal, desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo". (3)

El resultado más primordial de las consecuencias conductuales es la despersonalización, que se caracteriza por todas aquellas acciones dañinas para la salud del profesional, sobre todo todos aquellos desórdenes fisiológicos, destacando entre ellos un aumento de los trastornos psicósomáticos y la fatiga crónica. Dentro del área social, cabe destacar el aislamiento, reducción de la satisfacción en pareja y tensión, disgusto e irritación en el hogar; deteriorando de esta manera todas aquellas relaciones interpersonales. (3)

El síndrome de Burnout es aplicable no solo a los profesiones sanitarios, sino a cualquier otra en la que los mecanismos de afrontamiento al estrés sean ineficaces. Los trabajadores no pueden de responder de manera eficaz a las demandas profesionales y por lo tanto, describen esa sensación de "estar quemado".

Todo esto conlleva un alto número de intentos de abandono del trabajo e insatisfacción en el ámbito laboral.(3)

2) En pacientes

En los primeros años del siglo XXI, Linda Aiken escribe, junto a otros colaboradores, diversas publicaciones con respecto a cómo las condiciones del personal de enfermería influye en la mortalidad de los pacientes.

En el artículo publicado en 2002, llamado "*Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction*", se toma una muestra de 168 hospitales estadounidenses en los se evalúa la presencia de Burnout mediante la

cumplimentación de encuestas del Maslach Burnout Inventory (MBI). La conclusión final del estudio es que en aquellos hospitales en los que la prevalencia de Burnout es mayor, la labor del profesional enfermera es inadecuada y el cuidado es inefectivo; además también determina que donde los ratios enfermera-paciente son menores, se reduce considerablemente la aparición del síndrome de Burnout, el fallo en la RCP, la mortalidad a los 30 días de ingreso y la insatisfacción en el trabajo. (12)

En 2003, Aikien recopila de nuevo información sobre los 168 hospitales de Pennsylvania que se habían tratado en el anterior estudio y evalúa esta vez la calidad del cuidado viendo la influencia del nivel educativo de los profesionales de enfermería en los resultados de los pacientes quirúrgicos. Este artículo, llamado "*Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality*", muestra que una mayor formación de los profesionales está relacionada con un menor cansancio emocional, una mayor realización personal y una disminución de la mortalidad en pacientes quirúrgicos. (13)

En 2008, retoma el estudio de nuevo, pero esta vez evalúa los efectos del ambiente de trabajo en los resultados de los pacientes. "*Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes*", es un artículo que plantea la necesidad de mejorar los ambientes hospitalarios en favor del personal de enfermería para reducir el Burnout, disminuir la despersonalización en el trabajo y favorecer las relaciones interpersonales, para obtener así una mejora en la práctica asistencial. (14)

El 20 de marzo de 2012, Linda Aiken y el consorcio Registered Nurse Forecasting (RN4CAST), del cual hablaremos más adelante, aunaron esfuerzos para realizar un estudio en el que participaron Estados Unidos y 12 países de Europa. Algunos de los miembros del RN4CAST fueron importantes investigadores como María Teresa Moreno-Casbas, el profesor Walter Sermeus, el experto Van den Heede, y el profesor Sloane, entre otros. El estudio, titulado "*Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: crosssectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*", tenía como objetivo determinar si los hospitales europeos que presentan mejores organizaciones en el cuidado (personal enfermero y ambiente de trabajo), dan mejor cuidado al paciente y los trabajadores perciben mayor estabilidad. Para realizar este estudio, se repartieron encuestas a enfermeras de hospitales de Europa (488 hospitales en 12 países) y EEUU (617 hospitales) y a pacientes de 210 hospitales europeos y 430 norteamericanos. (15)

Las escalas utilizadas para medir la opinión fueron " *The practice environment scale of the nursing workindex (PES-NWI)*" (revisada), que medía el ambiente laboral; y la subescala de cansancio emocional del MBI, con la que midieron el grado de Burnout de los enfermeros. Los resultados obtenidos variaron en función del país y continente. (15)

Los mayores niveles de Burnout se registraron en Grecia y los menores en los Países Bajos. Esto no solo influye en los trabajadores de manera directa, presentando mayores cifras de Burnout y mayor insatisfacción en el trabajo; sino también de manera indirecta, convirtiéndose en el país que ofrece la peor calidad en el cuidado. Con respecto a los EEUU, los valores de Burnout e insatisfacción en el trabajo se asimilan a los obtenidos en Europa, sin embargo, las tentativas de dejar el trabajo son mucho menores que en los países europeos. Por nuestra parte, España se sitúa en el tercer puesto en el ranking de peor calidad en el cuidado, siguiendo a Alemania como segundo peor. No obstante, todos los resultados obtenidos entre Europa y EEUU con respecto a enfermería y calidad del cuidado son similares. En conclusión, el estudio pretende remarcar la necesidad de mejorar el ambiente de trabajo ya que aunque se invierta en un mejor personal enfermero, los resultados en los pacientes no se mejoraran si el clima laboral no se mejora.(15)

Principales fuentes de conocimiento acerca del Burnout

Linda Aiken se convirtió en una figura destacable dentro del estudio del Burnout tras su publicación anteriormente citada en octubre de 2002 en "*Journal of American Medical Association*". Ella acuñó el término "Magnet Hospitals" (Hospitales magnéticos), refiriéndose a aquellos hospitales que invierten en una dirección de calidad, desarrollo del personal, fomentan las habilidades del supervisor para acercarse al personal y establecen buenas relaciones con los profesionales del campo de la psicología(12)(14)(16)

Desde la publicación de este estudio estadounidense en 2002, se ha incrementado sustancialmente el interés por mejorar la gestión de los recursos humanos en enfermería, ya que una planificación exitosa ayuda a proporcionar una atención de mayor calidad. (16)

El "Registered Nurse Forecasting", también llamado RN4CAST, es el consorcio encargado de recopilar datos sobre el personal de enfermería y el ambiente laboral a través de la información recogida de los hospitales y de los propios enfermeros que trabajan en la Unión Europea. Los resultados obtenidos se compararan con los datos recogidos de las encuestas de pacientes con el fin de poder investigar como el entorno laboral y las características del profesional enfermero afectan a la contratación, retención, aumento de la productividad de los enfermeros y cuidados a los pacientes. Esta investigación podrá colaborar a crear un modelo en el que haya una previsión de las necesidades para la contratación de los RRHH de enfermería. De esta manera, el RN4CAST ofrece nuevas propuestas para realizar una eficaz gestión del personal enfermero. (16)

Este proyecto estaba compuesto de una agrupación de once países europeos (entre ellos España), Estados Unidos y tres socios de cooperación internacional que han recibido una financiación (procedente de China, Sudáfrica y Botswana). Cada equipo de investigación estudió un mínimo de 30 hospitales cada uno, centrándose en hospitales de agudos en los que el mayor número de errores por parte del personal sanitario eran producidos por el personal enfermero. (16)

La Universidad de Pensilvania (EEUU) por su parte, proporcionó experiencia en ese campo de investigación debido a los proyectos llevados allí a cabo por la Dra. Aiken mientras que los demás países proporcionaron un punto de vista global. En enero de 2009, se inició este proyecto de tres años de duración, y en este tiempo, investigadores nacionales e internacionales supervisaron cada uno de los pasos seguidos, para conseguir que fuera uno de los proyectos más exhaustivos sobre profesionales enfermeros. (16)

Prevalencia del Burnout

En 2002, Gil- Monte, junto con Peiró y Valcárcel, realizaron el estudio "*Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería*", a través del cual obtuvieron diferencias significativas en los niveles de algunas de las dimensiones del síndrome de Burnout en función del género.

El estudio contaba con una muestra de 258 enfermeras y 72 enfermeros y su objetivo principal era identificar si existen diferencias significativas según el Maslach Burnout Inventory (MBI) en función del género y sus antecedentes.

Los resultados obtenidos mostraron que los hombres obtienen puntuaciones de despersonalización y de inclinación al absentismo significativamente mayores que las mujeres. (7)

Estableció también, una relación entre agotamiento y despersonalización para ambos sexos, siendo la despersonalización en el caso de las mujeres, una estrategia de afrontamiento ante la baja realización personal y agotamiento emocional. Este último dato obtenido para mujeres determinaría una diferencia significativa entre ambos sexos y por lo tanto, dependiendo de la cantidad de varones y mujeres de la muestra la relación entre realización personal y despersonalización variaría.

Según los datos recogidos, Gil-Monte considera necesario diseñar nuevas medidas de intervención y prevención de Burnout y absentismo laboral, teniendo en cuenta la sobrecarga laboral. (7)

En 2007, Armand Grau del Instituto de Investigación Biomédica de Girona publicó un estudio sobre la prevalencia del Burnout en profesionales de la salud de habla hispana residentes en España, Argentina, Uruguay, México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador.(17)

Trabajaron con una muestra de 11.530 profesionales, de los cuales el 49% eran mujeres. La prevalencia general de Burnout en la muestra fue del 11,4 %, teniendo mayor prevalencia en el género femenino. España fue el país con mayor prevalencia de Burnout (14,9%), seguido de cerca por Argentina (14,4%).Analizando los resultados, vieron que las mujeres obtuvieron valores superiores de agotamiento emocional, una menor realización personal, y mostraban un menor grado de despersonalización que los hombres. El perfil resultante del trabajador con síndrome de desgaste profesional fue el de una mujer de edad no muy avanzada, escaso número de hijos, que realiza guardias, que ha estado de baja o padece una enfermedad crónica y además considera tener una menor valoración laboral, un menor optimismo, y una reducida satisfacción económica y laboral.(17)

En 2010, NuñezBeloy cifra la prevalencia de Burnout en el personal de Enfermería en el Hospital Xeral-Calde de Vigo en un 9,4%. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras y sólo 24 enfermeros. Según los resultados obtenidos, el 60,5% de los profesionales encuestados referían un elevado nivel de cansancio emocional, el 30,9% un alto grado de despersonalización, y el 29,6% un bajo grado de realización profesional. (18)

Beloy establece un perfil sociodemográfico del "quemado", correspondiéndose éste con: "mujer, de 40 a 50 años, casada, con hijos, más de 15 años de antigüedad y más de 10 en el mismo puesto de trabajo, que realiza turno rotatorio" (18)

En 2014, Patricia Sánchez y Víctor Manuel Sierra realizaron un estudio transversal con muestreo aleatorizado simple acerca del síndrome de Burnout en personal de la UVI médica del Hospital Ramón y Cajal. Este estudio tenía como objetivo estimar la prevalencia de Burnout y de cada una de sus dimensiones en el equipo de enfermería de dicho servicio. La muestra estaba compuesta por un total de 68 enfermeras y auxiliares de enfermería. (19)

Según los resultados obtenidos, el 19% de la muestra presentaba niveles altos de cansancio emocional, el 23,5% niveles altos de despersonalización, y el 39,9% niveles bajos de realización personal, pero sin embargo, solo el 11,7% del total de enfermeros mostró los síntomas completos de Burnout. Tras analizar la información recogida, los investigadores elaboraron un perfil del trabajador con Burnout: "Enfermera, de 35 a 44 años, con contrato fijo, experiencia laboral mayor de 16 años y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo". (19)

Por último, en marzo de 2015 el RN4CAST, consorcio encargado de recopilar datos del personal enfermero y el ambiente laboral a través de la información recogida de los hospitales y de los mismos enfermeros que trabajan en la Unión Europea (16), ha publicado un estudio transversal en 59 hospitales de más de 150 camas. En él han participado 6417 enfermeras de unidades médicas y quirúrgicas, empleando el Maslach Burnout Inventory como escala para medir la presencia de Burnout. El resultado obtenido fue que un 23% de las enfermeras que trabajan en las unidades médicas y quirúrgicas de los hospitales estudiados obtuvieron valores altos de Burnout, difiriendo este resultado de todos los anteriormente vistos. (20)

Burnout y género

Estudios y organizaciones del mundo del trabajo enfatizan la necesidad de establecer diferencias de género para diagnosticar y realizar intervenciones. Esta variable, permite, según Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (BTS) y la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, diferenciar significativamente los procesos en función de los contextos laborales, sobre todo aquellos relacionados con el ámbito de la salud y calidad de vida de los trabajadores. (7)

En 2010, Radostina lleva a cabo un metaanálisis en el que explica el Burnout en función del género de los profesionales basándose en las tres dimensiones de Maslach con el fin de saber cómo afecta dicho síndrome a los trabajadores. Este metaanálisis que lleva a cabo, ayuda a clarificar con evidencia empírica las diferencias del Burnout en mujeres y hombres para desmentir/apoyar la información recogida acerca de que este síndrome es más común en el sexo femenino, y estimar en qué manera los "moderadores del género" influyen en la forma de actuar. Concluye destacando que la diferencia de aparición del Burnout en función del sexo es una realidad. Cada uno de los sexos expresan ese síndrome de manera diferente: las mujeres tienden a presentar más cansancio emocional que los hombres y los hombres aunque tienden a ser más resistentes al estrés, suelen responder con un trato despersonalizado. De esta manera, lo que los hace aprender es que ambos sexos requieren ayuda organizacional para poder reconocer el Burnout y tratarlo. Se debe de mejorar la forma de comportarse de los trabajadores, dejando para el final todos aquellos objetivos de las organizaciones. Resalta, por último, que la implicación socio-política es esencial para poder contraatacar el Burnout. (21)

Carga familiar

Después de haber realizado la revisión bibliográfica acerca del Burnout y de descubrir que el género predominante es el femenino, hemos podido ver que en diversos estudios recalcan la importancia del ambiente de trabajo, ratio enfermera-paciente o al nivel de formación. (12)(13)(14)(15) Sin embargo, en ninguna de las publicaciones consultadas se le da relevancia a influencia de la carga familiar en la aparición del síndrome, variable que consideramos como factor de riesgo en la aparición del síndrome.

Como carga familiar nos referimos al llamado "trabajo no remunerado". Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) este término consiste en "la producción de bienes y servicios realizada por los miembros del hogar para la que no se dispone de valoración de mercado, pero que contribuyen al bienestar familiar y social. Algunas de estas actividades son consumidas por la propia familia, como cuidado de niños y adultos, cocinar, jardinería, mantenimiento del hogar, etc., o por personas fuera de la familia como amigos que visitan el hogar, parientes que viven fuera del hogar." (22) Dentro de las actividades de trabajo no remunerado se incluyen tareas domésticas y de la familia, como actividades culinarias, mantenimiento del hogar o cuidado de ropa; y actividades de trabajo voluntario como son ayuda en organizaciones o en otras residencias. (22)

Según el INE, las mujeres son las que realizan más actividades de trabajo no remunerado: "actividades culinarias (80,5% de mujeres y 46,4% de hombres), mantenimiento del hogar (64,2% de mujeres y 31,8% de hombres), compras y servicios (47,2% de mujeres y 31,6% de hombres), cuidado de niños (22,2% de mujeres y 16,7% de hombres)". (22) *Ver anexo 2.*

En el caso de las otras actividades no remuneradas como el trabajo voluntario en organizaciones o limpieza en hogares ajenos, la participación de las mujeres es mayor, siendo un 8,6% con respecto al 5,7% de los hombres. (22)

El INE detalla los porcentajes de personas que realizan actividades de trabajo no remunerado que realizan las parejas a lo largo del día, con respecto al total de hombres y mujeres que conviven en pareja. El porcentaje es mayor en mujeres (97,6%) que en hombres (82,6%) y varía en función de la actividad desarrollada. Dentro del colectivo femenino, el porcentaje más alto (90,4%) corresponde a las actividades culinarias, seguido por el 71,4% en actividades de mantenimiento del hogar y el 52,3% actividades de compras y servicios. Dentro del colectivo masculino, solo el 49,8% ocupan su tiempo en actividades culinarias y el 42% dedican tiempo en actividades del hogar y la familia. (22) *Ver anexo 3.*

Según las Encuestas de Empleo del Tiempo, el tiempo dedicado por las mujeres a todo tipo de actividades es menor que el de los hombres a excepción de aquellas relacionadas con el cuidado del hogar y de la familia. (23) La reciente Encuesta de Empleo del Tiempo realizada en el periodo 2009-2010, detalla

que el tiempo medio diario dedicado a una actividad de trabajo no remunerado en parejas de hombres y mujeres que conviven en pareja (todo esto dividido por el total de personas de esos sexos que hayan realizado o no esa actividad) también es mayor en mujeres. Las mujeres emplean 5 horas y 47 minutos de media diaria y los hombres 2 horas y 47 minutos. Dentro de este tiempo, los hombres obtienen porcentajes más elevados en aquellas actividades de construcción, reparaciones, jardinería o trabajo voluntario al servicio de una organización, entre otros; mientras que las mujeres no invierten tanto tiempo en este tipo de actividades. (22) *Ver anexo 4.*

Con respecto al cuidado de menores de 15 años y familiares dependientes, la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 señala la diferencia aún existente entre sexos: el 64,5 % de las mujeres comenta compartir el cuidado con otra persona, mientras que el 96,3 % de los hombres alega lo mismo. Por otro lado, el 2,19% de los hombres indica que el cuidado es exclusivamente asumido por ellos, siendo esta cifra de un 33% en el caso de las mujeres. (23)

En el caso del cuidado de personas discapacitadas o con limitaciones, el porcentaje de mujeres que refiere realizar el cuidado en común es del 39,7%, mientras que en el caso de los varones este dato asciende hasta el 71,2%. En el caso contrario, las mujeres que dicen llevar a cabo este cuidado en solitario se eleva al 49,3 %, siendo del 16,6% el porcentaje en el caso de los hombres. (23)

Por lo tanto, según estos datos consultados, concluimos el tiempo dedicado a la realización de todas aquellas actividades que tengan que ver con el hogar, incluidas el cuidado de niños y personas dependientes es significativamente mayor en mujeres que en hombres. (22) (23)

Justificación

Como hemos podido ver, el Burnout ha sido y sigue siendo un tema que suscita un gran interés. Conocemos su prevalencia, sus etapas, y los efectos y consecuencias que conlleva en los profesionales y sus pacientes, pero este estudio pretende encontrar el porqué de esa mayor prevalencia en el género femenino.

Como hemos visto en estudios previos, las mujeres presentan mayor prevalencia de Burnout, y según el Instituto Nacional de Estadística, poseen una mayor carga familiar

respecto a cuidados de personas a su cargo y realizan una jornada laboral no remunerada en el domicilio estadísticamente mayor que la de los hombres. (22)

Por todo esto, justificamos el planteamiento de este estudio basándonos en estos resultados, y pretendemos establecer una relación entre este "trabajo no remunerado" y la aparición del Burnout.

Hipótesis

Existe una relación positiva entre la aparición del Síndrome de Burnout y mayor carga familiar en los profesionales de enfermería de género femenino.

Objetivos

Objetivo general

Explorar la relación entre la carga familiar y la aparición de Burnout en enfermeras de los servicios de Urgencias de hospitales de diferente tamaño de la Comunidad de Madrid.

Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la prevalencia de Burnout en enfermeras de los servicios de urgencias de los hospitales madrileños y el número de personas dependientes a su cargo fuera del ámbito laboral.
- Establecer las diferencias obtenidas en el MBI entre enfermeras que refieren realizar más actividades de trabajo no remunerado doméstico que su pareja y las que hacen un reparto equitativo de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipología del estudio

Para investigar sobre la prevalencia del "Burnout" en enfermería según el género, vamos a realizar un estudio tipo observacional, descriptivo y transversal.

Nuestro objetivo es establecer una relación asociativa entre la carga familiar y el desarrollo del síndrome de Burnout. Se tratará de un estudio que describirá la situación de salud de las enfermeras en un momento determinado, estimando la prevalencia del Burnout y su relación con los factores que consideramos de riesgo dentro del ámbito familiar.

Pretendemos realizar un abordaje cuantitativo, recogiendo la información mediante el cuestionario "Maslach Burnout Inventory" (MBI), al que añadiremos unos ítems para medir variables sociodemográficas. De esta manera usaremos las tres subescalas de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal para conocer los sentimientos y emociones experimentadas por las enfermeras, pudiendo así averiguar si presentan o no Burnout y en qué grado. (3)

Este abordaje cuantitativo nos permitirá alcanzar los objetivos específicos ya que queremos obtener puntuaciones acerca de la presencia o no de Burnout para poder cuantificar esas experiencias y establecer estrategias de afrontamiento.

Ámbito de estudio, población y muestra

Nuestro ámbito de estudio serán los servicios de Urgencias de cuatro hospitales de distinto tamaño dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid. Clasificamos todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid en diferentes franjas de tamaño y posteriormente seleccionamos los que queremos de manera no aleatoria. Según la clasificación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ordenan de menor a mayor tamaño en función del número de camas: <200, 200-500, 500-1000, >1000. (24)

Siguiendo este método de selección, los hospitales en los que finalmente realizaremos el estudio son: Santa Cristina (192 camas), Móstoles (411 camas), Puerta de Hierro Majadahonda (613 camas), y La Paz (1277 camas). (25)

Después de realizar esta clasificación, hablamos con los hospitales y tras informarnos del número de enfermeras que trabajan en el servicio de Urgencias de cada hospital, seleccionaremos a la población diana y posteriormente la muestra.

Hospitales	Número de Camas	Enfermeras del SU
Hospital Santa Cristina	192 camas	25 enfermeras
Hospital Universitario de Móstoles	411 camas	53 enfermeras
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda	613 camas	79 enfermeras
Hospital Universitario La Paz	1277 camas	94 enfermeras

*Tabla 4: Relación hospitales-número de camas-enfermeras del servicio de Urgencias.
Elaboración propia a partir de (25)*

Nuestra población diana, población sobre la que queremos generalizar los resultados de la investigación, serán todas las enfermeras que trabajen en los servicios de Urgencias de estos cuatro hospitales que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Ser mujer y pertenecer al personal de Enfermería.
- Tener un puesto fijo, interino o suplente con más de 6 meses de antigüedad.
- Firmar y aceptar los términos expuestos en el documento del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería de género masculino.
- Personal con contrato de jornada reducida.
- Desconocimiento o falta de comprensión del idioma castellano.
- Estar recibiendo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (para evitar que los resultados estén sesgados por el tratamiento).
- Personal de enfermería que decidan no participar en el estudio.

Dado que el número de enfermeros que trabajan en estos servicios de Urgencias es un número accesible (N=251), se ha decidido no muestrear a la población y realizar el estudio sobre el total del sujetos que componen la población diana.

Para realizar el estudio solicitaremos la colaboración de los supervisores de cada unidad, solicitándoles que nos permitan informar al personal acerca del estudio, y repartirles el consentimiento informado junto con la encuesta a cumplimentar. En caso de que en alguna de las unidades participe menos del 50% de las enfermeras, se elegirá otro hospital perteneciente a esa misma franja de tamaño.

Variables

Variables sociodemográficas:

Hemos dividido la muestra en franjas equivalentes a otros estudios consultados. (18)

- Edad. 21-30 años, 31-40 años, 41-50 y mayores de 50 años.
- Sexo. Participantes de género femenino.
- Estado civil. Casado/pareja estable, divorciado/viudo, soltero independizado, soltero no independizado..
- Nivel de estudios. Enfermera diplomada, graduada, especialista o doctorada.
- Nivel socioeconómico familiar percibido. Nivel de renta bajo, medio-bajo, medio, medio-alto o alto.

Variables de estudio

Las variables de estudio serán con respecto a las enfermeras: (22)

- Nivel de Burnout: Bajo, medio, alto. (MBI-GS)
- Nº de personas dependientes a su cargo: Ninguna, uno, dos, tres - cuatro, cinco personas o más.
- Cuidador principal de las personas a su cargo: Ella misma, su pareja, existe un reparto equitativo del cuidado, o cuentan con cuidadores particulares.
- Percepción acerca del reparto de las tareas domésticas: La pareja no participa en ninguna tarea del hogar, la pareja participa ocasionalmente en las tareas del hogar, existe un reparto equitativo de las tareas, la pareja realiza todas las tareas domésticas, o poseen personal que realiza las tareas.

Métodos de recogida de datos

Para recoger los datos necesarios en este estudio emplearemos una versión validada en español del Maslach Burnout Inventory (MBI), en el cual introduciremos algunos ítems para obtener variables sociodemográficas y de estudio.

La validez y consistencia interna que posee la traducción de una escala se mide mediante el test de Cronbach. Se considera que una escala tiene consistencia interna cuando se obtiene una puntuación en el test de entre 0,7 y 0,9. (26) La versión del MBI que vamos a manejar supera las puntuaciones mínimas, de manera que podemos afirmar que el material que usaremos está validado y posee consistencia interna. La adaptación al Español del Maslach Burnout Inventory que utilizaremos fue validada en 2002 por Gil-Monte en su artículo "*Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)*" en el cual concluía que "la adaptación al castellano del MBI-GS reúne los suficientes requisitos de validez factorial y consistencia interna como para ser empleada en la estimación del síndrome de quemarse por el trabajo [...] poseyendo unos valores de fiabilidad de las escalas según alfa de Cronbach en nuestro estudio fueron 0.85 para Eficacia profesional, 0.83 para Agotamiento y 0.74 para Cinismo." (27)

La versión en castellano del MBI que vamos a emplear se puede encontrar en la página oficial del gabinete psicológico de Javier Miravalles (28) y en el artículo publicado en la Revista Cubana de Salud y Trabajo escrito por Viera, Marrer y Barrenechea en 2007, llamado "*El desgaste profesional. Evaluación y factorialización del MBI-GS*" (29). Ver anexo I.

Tratamiento de los datos

Durante la realización de este estudio manejaremos datos cuantitativos, como edad, o número de personas dependientes a su cargo; y también datos cualitativos, como la información acerca del cuidador principal de las personas dependientes a su cargo o del reparto de tareas domésticas.

Realizaremos un análisis descriptivo de las variables para conocer las características generales de la población a estudiar. Los datos anteriormente citados se presentaran utilizando frecuencias, y elementos estadísticos de tendencia central y medidas de

dispersión (media, mediana, desviación típica, varianza, rango y coeficiente de variación). (30)

Elaboraremos una tabla de perfiles en la que asociaremos varios grupos de sujetos en función de una variable categórica. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas de doble entrada, las llamadas tablas de contingencia. El objetivo de la realización de esta tabla será determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Suponiendo que esta relación se confirme, obtendremos una población homogénea, de la cual nos interesará cuantificar dicha relación y estudiar su relevancia clínica. Para estudiar la relación emplearemos las llamadas medidas de asociación o efecto (riesgo relativo (RR), odds ratio (OR), reducción absoluta del riesgo (RAR)). (31)

Para el análisis de las tablas utilizaremos dos test de significación:

- Para determinar la asociación entre las variables cualitativas realizaremos la prueba χ^2 . (31)
- Para valorar la asociación entre variables cuantitativas, primeramente llevaremos a cabo el método de correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente estableceremos su valor estadísticamente significativo (valor de significación $p < 0,05$) mediante la t de student y calcularemos un intervalo de confianza del 95% mediante el test Fisher. (32)

Elaboraremos, por lo tanto, dos tablas de contingencia: una tabla de frecuencias para analizar las variables cualitativas y una tabla de medias para las variables cuantitativas. Para la confección de dicha tabla emplearemos el programa Epiinfo, un software estadístico de acceso público desarrollado por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC) (33)

La representación gráfica de los resultados se establecerá mediante barras de error, siendo la media, el punto central de la línea vertical y la longitud de dicha barra correspondería al IC del 95%, estando acotado por los valores superiores e inferiores a la media. (30)

DIAGRAMA DE FLUJO

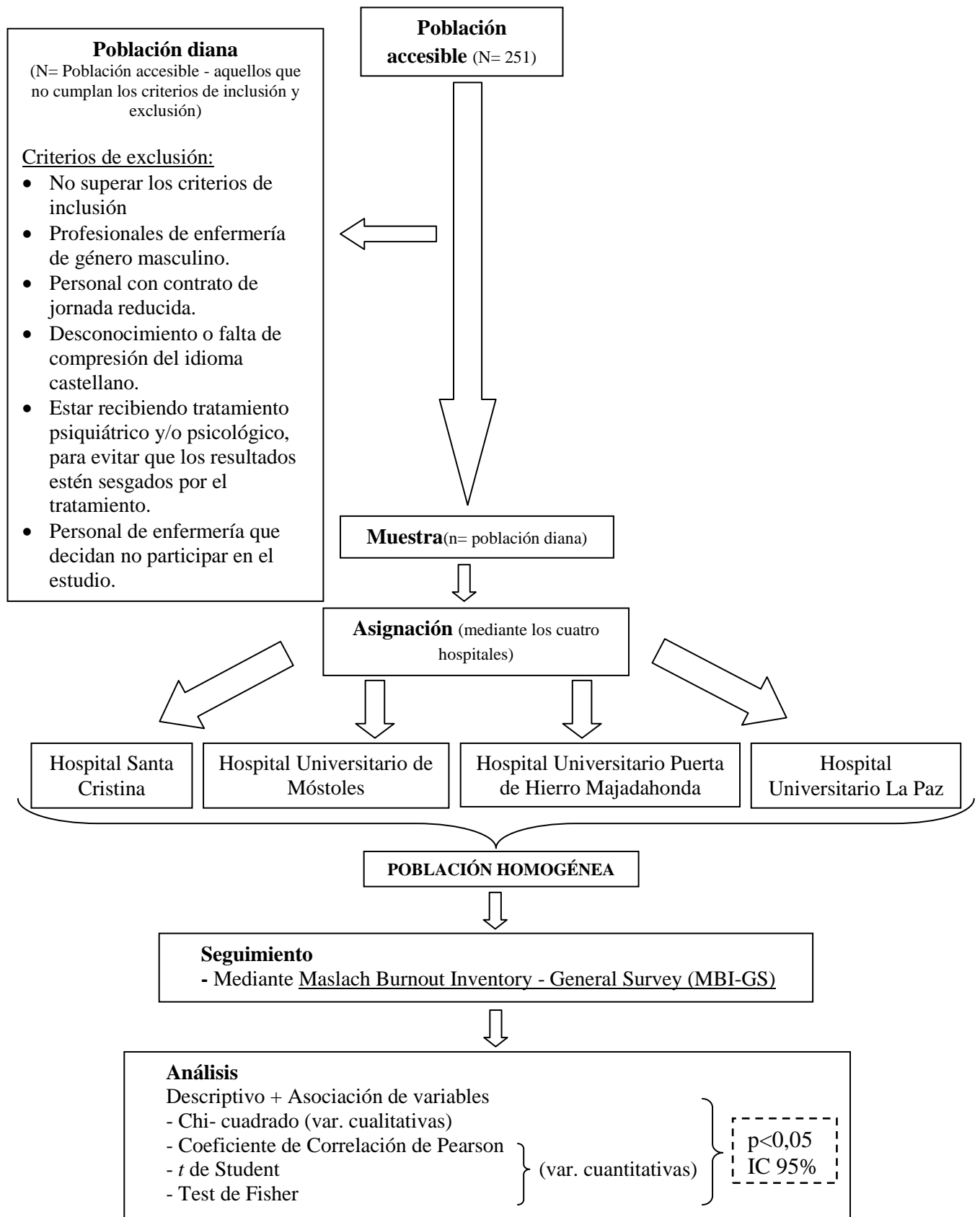


Figura 1: Diagrama de flujo. Elaboración propia.

ASPECTOS ÉTICOS

Todo participante deberá rellenar el consentimiento informado a modo de requisito para participar en la investigación. (34) En él, se expone la mecánica del estudio y el compromiso de proteger el derecho a la privacidad y al honor de los participantes, en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal RD 15/1999. (35) *Ver anexo 5.*

Además, contaremos con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid y estaremos sometidos a las normas de buena praxis clínica que dicta la declaración de Helsinki. (36)(37)

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Durante el planteamiento de este proyecto de investigación nos hemos encontrado con algunas dificultades que pueden surgir a la hora de llevarlo a cabo. Estas dificultades pueden ser:

- La variabilidad de los datos acerca de la prevalencia del Burnout entre los estudios consultados, que imposibilita, por lo tanto, saber exactamente cuál es la prevalencia del mismo en los hospitales en los que vamos a trabajar.
- Dado que este síndrome es poco visible e infradiagnosticado, la muestra de estudio debe ser mayor ya que podemos no encontrar tantos datos como en otras patologías en las que se puede acceder a listados de muestra accesible.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD

A modo de cierre de nuestro proyecto, queríamos señalar algunas conclusiones que han surgido a lo largo de su preparación.

Como ya hemos dicho anteriormente, el Burnout es un síndrome que ha ido cobrando relevancia a lo largo de los años. Como dijo Maslach en 1981, esta "respuesta inadecuada a un estrés crónico"(2) es predominante en las profesiones asistenciales, dentro de las cuáles se encuentra la enfermería. Este "síndrome del quemado" influye en el profesional físicamente, pero sobre todo emocionalmente, manifestándose en forma

de despersonalización o deshumanización en el trabajo, agotamiento o cansancio emocional y disminución de la realización personal. (29)

Cabe destacar que es un síndrome ampliamente investigado, pero sin embargo, no se encuentran concordancias entre los resultados obtenidos entre los distintos estudios. Además, consideramos que no existen suficientes publicaciones acerca de la relación entre el síndrome de BO y la carga familiar, algo que consideramos esencial debido a la gran importancia de este ámbito en la vida de las personas. Por ello, hemos decidido centrar nuestro estudio en este campo con el fin de demostrar la importancia de conciliar la vida familiar con la vida laboral.

Consideramos que los resultados obtenidos podrían servir para orientar a los supervisores de unidad de cara a una elaboración de planillas que ayuden a conciliar el ámbito laboral y familiar, consiguiendo así un mejor rendimiento del personal bajo su cargo.

Otra de las aplicaciones que tendrá nuestro estudio, en caso de obtener los resultados esperados, será para la elaboración de sesiones de coaching que ayuden al personal de Enfermería a afrontar el Burnout. Lo innovador de estas sesiones de coaching sería que incorporarían el ámbito familiar como factor de riesgo, ampliando el campo de trabajo más allá del ámbito laboral.

También aspiramos, de una forma más ambiciosa, a que nuestro estudio sirva de inspiración para el desarrollo de estudios analíticos que sigan el camino trazado por este proyecto de investigación.

Agradecimientos

No queríamos cerrar este trabajo de fin de grado sin dar las gracias a todos los profesores que han contribuido para hacer de nosotros los buenos profesionales en los que nos convertiremos en menos de un mes. A todos vosotros, gracias. Pero una mención especial se merece nuestra profesora Azucena Pedraz Marcos, cuya paciencia y orientación han sido esenciales para el desarrollo de este proyecto, colaborando y apoyándonos desde los inicios.

También queríamos agradecer el asesoramiento del personal de la biblioteca de nuestra facultad, que nos orientó acerca de un gran número de ejemplares para consultar; y a los

profesionales de enfermería de los hospitales consultados y de los centros donde hemos realizado nuestras prácticas, por su apoyo y colaboración.

Finalmente gracias a nuestra familia y amigos, por la paciencia que han tenido durante los momentos de agobio y estrés que acompañan siempre a este tipo de trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ayala Cervantes A, Antezana De Gregori P, Yllatopa Guiño E. Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. Actas peru. anesthesiol [revista en Internet] 2012 [accedido el 10 de marzo de 2015]; 20(1): 13-20. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/actas_anestesiologia/v20n1/pdf/a03v20n1.pdf
- (2) Mingote Adán JC, Pérez García S. Estrés en la Enfermería: El cuidado del cuidador. 1ªed. Madrid: Díaz de Santos; 2013.
- (3) Pérez AM. El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia [revista en Internet] 2010 [accedido el 20 de febrero de 2015] 4 (112): 2-26. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3307970>
- (4) Juárez-García A, Idrovo AJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Salud mental. 2014; 37(2), 159-76.
- (5) Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International. 2009; 14: 204-20
- (6) Moreno-Jiménez B. Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. Archivos de Prevención de Riesgos laborales. 2000; 3(1): 3-4.
- (7) Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. Psicología em estudo. 2002; 7(1): 3-10.
- (8) Mansilla F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: teoría y práctica [Monografía en Internet]. Valencia; 2012 [accedido el 20 de febrero de 2015] Disponible en: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/107044/ManualRiesgosPsicosociales.pdf>
- (9) Maslach C, Jackson SE., Leiter MP. Maslach burnout inventory. 1997; 3: 191-218.
- (10) Shirom A. Prof Aire Shirom[sede Web]. [accedido el 20 de febrero de 2015]. Stress, strain and health. Disponible en: <http://www.shirom.org/arie/index.html>.
- (11) Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlborg G. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout questionnaire (SMBQ). BMC public health [revista en

Internet] 2012 [accedido el 21 de febrero de 2015]; 1(12): 1. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1>

(12) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*. 2002; 288(16): 1987-93.

(13) Aiken LH, Clarke SP, Cheung, RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Jama*. 2003; 90(12): 1617-23.

(14) Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008 May; 38(5): 223-9.

(15) Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane M., Busse R, McKee M, et col. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*[revista en Internet] 2012 [accedido el 15 de marzo de 2015]; 344: 1- 14 Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf>

(16) RN4CAST: Nurse Forecasting in Europe [sede Web]. [actualizada el 5 de julio de 2009; accedido el 10 de febrero de 2015] Sobre el RN4CAST [1 pantalla] Disponible en: <http://www.rn4cast.eu/es/index.php>

(17) Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 83(2): 215-30.

(18) Beloy JN, Muñoz SC, Ferro ML, López SA, Torre LV, López LA, Noche SA. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*. 2010; 2(10): 23-7.

(19) Sánchez Alonso P, Sierra Ortega VM. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*. 2014; 13(33), 252-66.

(20) Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enfermería*

Intensiva [revista en Internet] 2013 [accedido el 20 de abril de 2015]; 24(3): 104-12. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-resumen-work-setting-satisfaction-and-burnout-90226725>

(21) Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. Journal of Vocational Behavior. 2010; 77(2): 168-85.

(22) Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. España. 2014 [actualizado el 23 de mayo de 2014/ accedido el 15 de marzo de 2015] Actividades de trabajo no remunerado [1 pantalla] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472542&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

(23) Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades [sede Web]. España [accedido el 15 de marzo del 2015]. Boletín Estadístico del Instituto de la Mujer: La corresponsabilidad familiar avanza, pero sigue siendo una asignatura pendiente en España. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/noticias/2013/mayo/BoletinEstadistico3.htm>

(24) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. España. 2015 [actualizado el 31 de diciembre de 2014; accedido el 18 de abril de 2015]. Información estatal hospitales y camas instaladas: Hospitales y camas por Comunidad Autónoma según su tamaño [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/hospitales.do?tipo=hospcamas>

(25) Alfaro Latorre M (Directora). Catálogo Nacional de Hospitales [monografía en Internet]. Madrid: 2013 [accedido el 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2013.pdf>

(26) Campo-Arias A, Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una escala: la Consistencia Interna. Revista de Salud pública [Revista en internet] 2008 [accedido el 13 de 2015]; 10 (5):831-9. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>

(27) Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud pública de México [revista en Internet] 2002

[accedido el 15 de marzo de 2015] 44(1): 33-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n1/8559.pdf>

(28) Miravalles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory [Monografía en Internet]. Zaragoza. 2011 [accedido el 20 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>

(29) Viera AO, Marrero AG, & Barrenechea AV. El desgaste profesional. Evaluación y factorialización del MBI-GS. Revista Cubana de Salud y Trabajo [revista en Internet] 2007 [accedido el 20 de marzo del 2015] 8(1): 37-45. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8_1_07/rst06107.pdf

(30) De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, Alonso Durán M et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Metas de enfermería. 2011; 14(2), 24-31.

(31) Fistera: Atención Primera en la Red [sede Web]. España: Elsevier; 2004 [actualizada el 3 de noviembre de 2004; accedido el 24 de abril de 2015]. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado [5 páginas]. Disponible en: <https://www.fistera.com/mbe/investiga/chi/chi.asp>

(32) Fistera: Atención Primera en la Red [sede Web]. España: Elsevier; 1997 [actualizada el 30 de marzo de 2001; accedido el 24 de abril de 2015]. Relación entre variables cuantitativas [7 páginas]. Disponible en: https://www.fistera.com/mbe/investiga/var_cuantitativas/var_cuantitativas.asp

(33) Centers for Disease Control and Prevention [sede Web]. Atlanta (EEUU). 26 de diciembre de 2008 [actualizada el 19 de marzo de 2015; accedido el 13 de marzo de 2015]. Disponible en: <https://wwwn.cdc.gov/epiinfo/html/downloads.htm>

(34) Universidad de Chile [sede Web]. Santiago de Chile. [accedido el 17 de abril de 2015]. Formatos para documentos de Consentimiento Informado elaborados por la OMS [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informado-elaborados-por-la-oms>

(35) Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [sede Web] España. 1999 [accedido el 15 de marzo de 2015] Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

(36) Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede Web]. España. [accedido el 15 de marzo de 2015]. Comité Ético de Investigación Clínica Regional (CEIC-R) de la Comunidad de Madrid [1 pantalla]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?assetid=1142284788088&assettype=CM_InfPractica_FA&cid=1142340309216&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPTSA_pintarContenidoFinal&pv=1142284839154&vest=1142688289034

(37) WMA [sede Web]. Helsinki [accedido el 15 de marzo de 2015] Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

ANEXOS

Anexo 1: MBI-GS

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.
6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

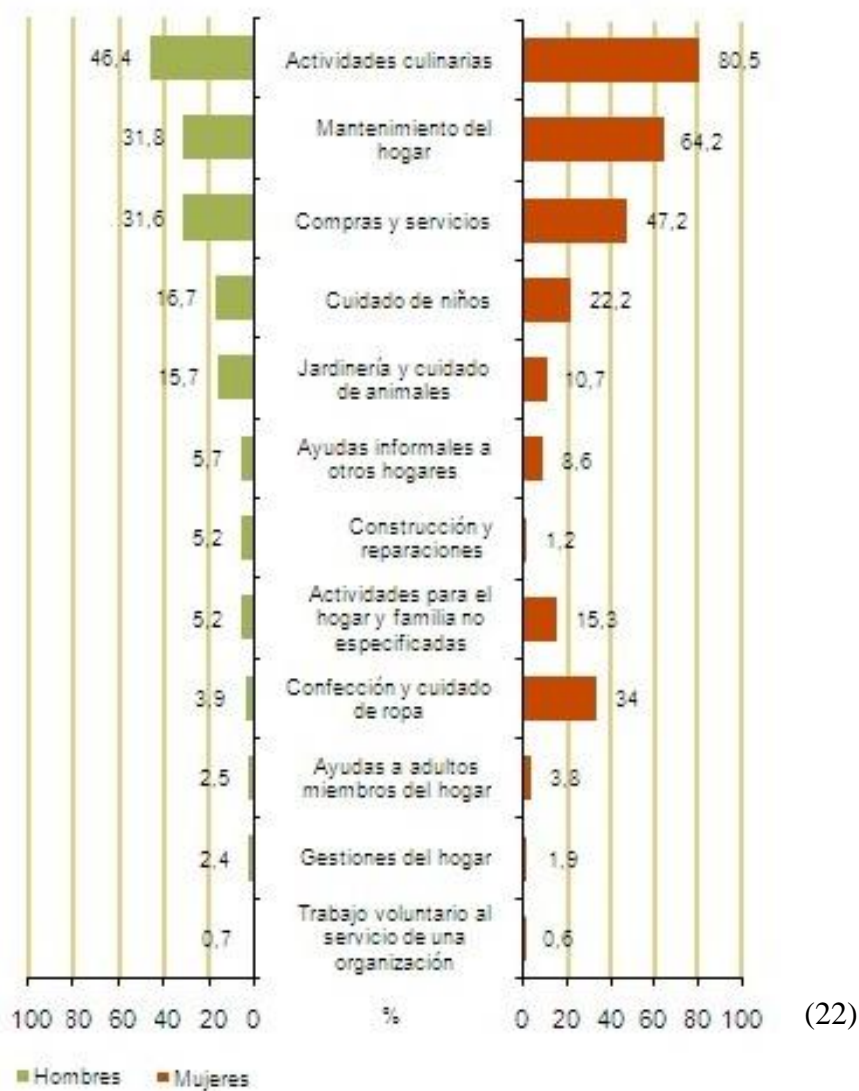
Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

(28)

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

Anexo 2: Personas que realizan actividades de trabajo no remunerado según sexo.
2009-2010 (%)



Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo. INE

Anexo 3: Porcentaje de hombres y mujeres, que conviven en pareja, que realizan actividades de trabajo no remunerado a lo largo del día. 2009-2010.

Porcentaje de hombres y mujeres, que conviven en pareja, que realizan actividades de trabajo no remunerado a lo largo del día. 2009-2010			
	Mujeres	Hombres	Diferencia de porcentajes (mujeres-hombres)
TOTAL	97,6	82,6	15,0
Hogar y familia	97,2	79,9	17,3
Actividades para el hogar y la familia no especificadas	19,4	5,5	13,8
Actividades culinarias	90,4	49,8	40,6
Mantenimiento del hogar	71,4	33,2	38,2
Confección y cuidado de ropa	44,2	4,1	40,0
Jardinería y cuidado de animales	11,2	19,6	-8,4
Construcción y reparaciones	1,5	6,9	-5,4
Compras y servicios	52,3	37,0	15,3
Gestiones del hogar	2,0	2,8	-0,8
Cuidado de niños	30,5	22,4	8,1
Ayudas a adultos miembros del hogar	3,8	2,5	1,3
Trabajo voluntario	10,5	7,4	3,1
Trabajo voluntario al servicio de una organización	0,4	0,6	-0,3
Ayudas informales a otros hogares	10,2	6,9	3,3
Trayectos	54,4	46,5	7,9
Trayectos debidos a actividades del hogar y familia	49,0	42,0	6,9
Trayectos debidos al trabajo voluntario y reuniones (1)	10,0	7,6	2,4
(1) Se ha incluido trayectos debidos a actividades participativas por no poder desglosarse			
Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo. INE			

(22)

Anexo 4: Tiempo medio diario dedicado por hombres y mujeres, que conviven en pareja, las actividades de trabajo no remunerado y diferencia. 2009-2010 (horas: minutos)

Tiempo medio diario dedicado por hombres y mujeres, que conviven en pareja, a las actividades de trabajo no remunerado y diferencia. 2009-2010 (horas: minutos)

	Mujeres	Hombres	Diferencia
TOTAL	5:47	2:47	3:00
Hogar y familia	5:07	2:14	2:53
Actividades para el hogar y la familia no especificadas	0:20	0:05	0:15
Actividades culinarias	1:45	0:28	1:17
Mantenimiento del hogar	0:59	0:19	0:40
Confección y cuidado de ropa	0:30	0:01	0:29
Jardinería y cuidado de animales	0:08	0:23	-0:15
Construcción y reparaciones	0:01	0:07	-0:06
Compras y servicios	0:35	0:23	0:12
Gestiones del hogar	0:01	0:02	-0:01
Cuidado de niños	0:43	0:24	0:20
Ayudas a adultos miembros del hogar	0:04	0:03	0:01
Trabajo voluntario	0:13	0:10	0:03
Trabajo voluntario al servicio de una organización	0:00	0:01	-0:01
Ayudas informales a otros hogares	0:13	0:09	0:04
Trayectos	0:27	0:23	0:04
Trayectos debidos a actividades del hogar y familia	0:23	0:19	0:04
Trayectos debidos al trabajo voluntario y reuniones (1)	0:04	0:04	0:00

(1) Se ha incluido trayectos debidos a actividades participativas por no poder desglosarse

Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo. INE

(22)

Anexo 5: Documento de consentimiento informado.

Documento de Consentimiento Informado para las enfermeras del servicio de Urgencias y que son invitadas a participar en la investigación “Burnout y carga familiar en enfermeras del servicio de Urgencias de la Comunidad de Madrid”

Patricia Campillo Manzano y Mario Quiles Calatayud

Universidad Autónoma de Madrid

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio)**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)**
- **Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado**

PARTE I: Información

Introducción

Somos dos alumnos de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid que estamos realizando el Trabajo de Fin de Grado. Consiste en un proyecto de investigación que intenta determinar si existe relación entre la carga familiar y el Burnout (también conocido como Síndrome del Quemado).

A continuación le informaremos acerca de los términos de la investigación, y le recordamos que no tiene que decidir en este momento acerca de su participación o no en éste proyecto, y que puede consultar con quien desee acerca de su involucración en este estudio.

En caso de que algún término de éste consentimiento informado le resulte desconocido, no dude en consultar con los estudiantes al cargo, o con el supervisor de su unidad, al cual le proporcionaremos toda la información pertinente.

Propósito

El Síndrome de Burnout afecta negativamente en la práctica asistencial del personal sanitario, y esto se traduce en un deterioro de los cuidados. Existen numerosos estudios acerca de los factores laborales que aumentan el riesgo de que aparezca éste Síndrome, pero el objetivo de éste estudio es buscar también el origen en el ámbito familiar. Si realmente existe la relación entre la carga familiar y la aparición de Burnout, se haría visible la importancia de conciliar la vida laboral con la familiar, lo que conllevaría una mejora en la práctica asistencial al paciente y un aumento de la calidad de vida del personal de Enfermería.

Tipo de Intervención de Investigación

La intervención que se va a llevar a cabo consiste únicamente en la realización de un test que recogerá una serie de variables sociodemográficas y determinará la presencia o no del Síndrome de Burnout.

Selección de participantes

Estamos invitando a todo el personal de enfermería de género femenino a participar en éste estudio, pues presentan mayor prevalencia de Burnout que el género masculino, y hemos escogido el servicio de Urgencias, debido a la gran carga de trabajo que soportan durante su jornada laboral.

Participación Voluntaria

La participación en éste estudio es completamente libre y voluntaria, pudiendo cada persona decidir si participar o no. En caso de decidir que no quiere participar, más tarde puede solicitar su inclusión en el estudio en caso de que en un futuro cambiase de opinión, y de esa misma manera puede, una vez entregado el formulario, solicitar que sus datos no sean incluidos en los resultados finales.

Duración

La duración de la investigación puede prolongarse tanto tiempo como sea necesario para dar ocasión a todos los participantes a rellenar sus encuestas y entregarlas al supervisor de la unidad, y una vez recogidos por los investigadores, sólo quedaría analizar los datos y sacar conclusiones. A pesar de que este proceso puede conllevar alrededor de dos meses, los participantes únicamente colaborarán en el momento que deseen,

rellenando el test adjunto, con una duración aproximada de 20 minutos. Su colaboración empieza y termina ahí, quedando exentos posteriormente de cualquier obligación o tarea a realizar.

Riesgos

No consideramos que existan riesgos que puedan derivarse de su participación en éste estudio.

Molestias

Al participar en ésta investigación nos dedicará parte de su tiempo libre, con las consiguientes molestias esto pueda ocasionarle, motivo por el cual queremos agradecerle de antemano estos minutos que nos va a dedicar.

Beneficios

A pesar de que no podemos asegurarle beneficios a nivel individual, es posible que su participación ayude a mostrar la importancia de conciliar el ámbito laboral y el familiar de los profesionales de Enfermería.

Incentivos

Al tratarse de un proyecto sin patrocinadores y no dotado de recursos económicos, carecemos de la posibilidad de proporcionar incentivos económicos o materiales a los participantes.

Confidencialidad

No compartiremos los datos recogidos ni de contacto con 3^{as} personas ni con empresas. Toda la información que recojamos durante esta investigación será confidencial, y únicamente publicaremos los datos generales y resultados, guardando en todo momento el anonimato de los participantes.

Sólo podrá acceder a la información recogida los investigadores del estudio, y nadie excepto ellos tendrán acceso a verla. Toda información personal vendrá acompañada de un número, nunca de nombres, siendo el participante el único conocedor del número que le corresponde.

Compartiendo los Resultados

Una vez finalizado el análisis de los datos, se facilitará al supervisor de la unidad los resultados obtenidos antes de publicarlos, de manera que todos los participantes puedan acceder a ellos. Tras esto, se publicarán los resultados para que puedan beneficiarse otros individuos del fruto de nuestra investigación.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación a participar en éste estudio, tratándose siempre una elección libre y voluntaria, que puede ser revocada en el momento que desee.

Su decisión de no ser partícipe del estudio no conllevará en ningún caso una penalización.

A Quién Contactar

En caso de que posteriormente le surgiera alguna duda, o pregunta, y desea contactar con los investigadores, le proporcionamos a continuación los datos de contacto:

- **Patricia Campillo Manzano:** Tfno. 625509125. E-mail: patriciacampillo@hotmail.com
- **Mario Quiles Calatayud:** Tfno. 699101685. E-mail: mario_qc@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad de Madrid, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, puede conseguir más información contactando con cualquiera de los investigadores anteriormente citados, o accediendo a la página web en ésta dirección:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?vest=1163431153017&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1142331980503

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en un estudio acerca de la relación entre el burnout y la carga familiar en enfermeras del Servicio de Urgencias de hospitales de la Comunidad de Madrid.

Entiendo que mi participación consiste en cumplimentar y firmar éste consentimiento informado, y rellenar un test que recogerá datos sobre mi persona y mi entorno familiar, y determinará si presento el Síndrome de Burnout, y de ser así, en qué grado lo presento.

Entiendo y acepto que los riesgos existentes para mi persona son nulos o mínimos, no yendo más allá de los que pueden derivar de rellenar una serie de formularios y de escuchar su explicación.

Sé que pueden no existir beneficios directos sobre mi persona que deriven de éste estudio y que no se me recompensará. Confirmo que se me han proporcionado datos de contacto suficientes para comunicarme con los investigadores al cargo del estudio y resolver así cualquier duda que me surja en cualquier momento.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi labor profesional.

Nombre del Participante_____

Fecha _____

Día/mes/año

Firma del Participante _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Firma del Investigador _____

**Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de
Consentimiento**

Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

Documento de elaboración propia a partir de (34)